

Travail de la Clinique Obstétricale du Professeur PIGEAUD

Etude statistique de vingt cas d'avortements thérapeutiques

**à la clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Novembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri DESMOULINS

Né le 5 Mars 1926, à LA MURE (Isère)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1954

ETUDE STATISTIQUE
DE VINGT CAS D'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE
A LA CLINIQUE OBSTETRICALE DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail de la Clinique Obstétricale du Professeur PIGEAUD

Etude statistique de vingt cas d'avortements thérapeutiques

**à la clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Lyon**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Novembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri DESMOULINS

Né le 5 Mars 1926, à LA MURE (Isère)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1954

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen.
Assesseur.

M. J. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.
Clinique médicale B.
Clinique chirurgicale A.
Clinique chirurgicale B.
Clinique ophtalmologique.
Clinique oto-rhino-laryngologique.
Clinique urologique.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.
Clinique gynécologique.
Clinique obstétricale.
Clinique stomatologique.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.
Pharmacie et pharmacologie
Physiologie.
Anatomie pathologique.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.

MM. FROMENT.
P. RAVAUULT.
SANTY.
WERTHEIMER.
BONNET.
MAYOUX.
CIBERT.
DUFORT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHEIM.
X...
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTIUS.
(détaché à Beyrouth)
BOURRET.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEMAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL.
X...
LEVRAT.
SOHIER.
JOURDAN.
BERNARD.
NETIEN.
BADINAND.

Médecine du Travail
Parasitologie et pathologie exotique.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
Chimie organique et toxicologie.
Pathologie générale et expérimentale.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.
Anatomie
Pathologie interne.
Chimie biologique et médicale.
Pathologie chirurgicale.
Histologie.
Pharmacie galénique et matière médicale.
Médecine légale et déontologie.
Thérapeutique.
Hygiène.
Biologie médicale et pharmacodynamie.
Propédeutique chirurgicale.
Botanique et cryptogamie.
Chimie analytique pharmaceutique



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. M. BANSSILLON | Pharmacie et pharmacologie. M. DREVON.
Physique biologique. M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.
Parasitologie. COUDERT. | Bactériologie. BERTOYE A.
Parasitologie. ROMAN. | Physiologie. CHATONNET.
Histologie. X... | Physiologie. CIER.
Biochimie médicale | CREYSSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
Pathologie médicale BRUN. | Orthopédie. MM. MARION Joseph.
Pathologie médicale GIRARD M. | Obstétrique. BROCHIER.
Pathologie médicale GIRARD P. | Obstétrique. MAGNIN.
Pathologie médicale JEUNE. | Obstétrique. MATHIEU J.
Pathologie médicale VACHON. | Anatomie pathologique. GUICHARD.
Pathologie médicale GALLY. | Anatomie. LATARJET.
Pathologie médicale GONIN. | Urologie. PERRIN.
Pathologie chirurgicale BERARD. | Ophtalmologie. PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES. | Neuro-chirurgie. LECUIRE.
Pathologie chirurgicale LABRY. | Oto-rhino-laryngologie. X...
Pathologie chirurgicale TRILLAT. | Dermato-syphiligraphie. THIERS.
Pathologie chirurgicale DARGENT. | Médecine légale et Médecine du Travail. ROCHE.
Pathologie chirurgicale MANSUY.
Pathologie chirurgicale GUILLET.

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGE

Hygiène. M. BENAZET. | Pharmacologie et Pharmacie. M. CIER André.
Histologie. M. DUMONT Louis. | Chimie organique
Physique et Biologie. M. MORET. | et Toxicologie. M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. TRILLAT P. ; Assesseurs : MM. PIGEAUD, BROCHIER et MAGNIN

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MERE — A MON PERE

Leur vie de travail et de sacrifices m'a toujours été un exemple. Qu'ils trouvent l'humble témoignage de ma reconnaissance et de toute mon affection dans cette thèse à laquelle je suis arrivé grâce à eux.

A MES BEAUX-PARENTS ET A LEURS ENFANTS

J'ai trouvé en eux une seconde famille. Qu'ils accueillent ce travail comme un gage de ma filiale affection.

A MA FEMME

Fidèle et dévouée compagne. Par cette thèse je donne bien peu en échange de sa vie.

A MES ENFANTS

Ils sont pour moi le meilleur des stimulants et la plus précieuse des récompenses.

A MES FRERES ET A MES SŒURS

Que l'honneur de ce jour soit pour eux, en souvenir de notre jeunesse heureuse et en gage d'affection pour l'avenir.

A TOUS MES PARENTS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL TRILLAT

Professeur Honoraire de Clinique Obstétricale

Travaillant depuis 3 ans dans son service de la Clinique U.G.M.R., nous n'apprécierons jamais assez tout ce que nous devons à son immense expérience et sa vaste culture.

L'honneur qu'il nous fait en nous confiant ce travail n'a eu d'égal que le plaisir d'y œuvrer sous sa direction.

Nous lui rendons bien peu en échange du privilège d'avoir été son élève.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

En nous ouvrant son service il nous a permis d'effectuer ce travail dont les imperfections et les lacunes paient bien mal tout ce que nous devons à son œuvre et à son enseignement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ BROCHIER

Professeur Agrégé d'Obstétrique

Son enseignement à la Faculté a éveillé en nous la passion de l'obstétrique. Il nous a inculqué une base solide pour laquelle nous lui serons toujours reconnaissant.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MAGNIN

Professeur Agrégé d'Obstétrique

Qu'il trouve ici nos remerciements pour l'accueil qu'il nous a toujours réservé et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie du Jury de notre Thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI FAYOL

Médecin-Chef à la Clinique U.G.M.R.

En témoignage de gratitude et de sincère admiration.

Sa subtile psychologie et sa délicate bonté a toujours compris notre situation. En nous ouvrant ses Services il nous a donné de pouvoir terminer nos études.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARDONNET

*Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien, Chef de Service à la Clinique U.G.M.R.*

La finesse de son jugement et la perfection de sa technique, joints à une conscience professionnelle scrupuleuse, nous ont donné le plus précieux de notre formation professionnelle.

La confiance absolue dont il nous a honoré pendant des années, en toutes circonstances, nous a attaché à lui, plus que les devoirs de notre état. Elle rend pénible la perspective de le quitter mais garantit la fidélité de notre souvenir.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUERRINI

Chirurgien, Chef de Service à la Clinique U.G.M.R.

En gage de reconnaissance pour l'amitié qu'il nous a toujours témoignée, en particulier dans les moments de doute et de découragement.

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE LA CLINIQUE U.G.M.R.

A MES AMIS D'INTERNAT DE LA CLINIQUE U.G.M.R.

A TOUTES CELLES QUI ONT ÉTÉ MES COLLABORATRICES

Dans l'exaltation de l'esprit d'équipe.

INTRODUCTION

Le travail que nous nous sommes proposé est réduit exclusivement à l'étude analytique et statistique des vingt observations d'avortements thérapeutiques pratiqués de 1949 à 1954 à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon dans le service du Professeur Pigeaud, comparativement aux avortements thérapeutiques et interruptions de grossesses pratiqués à l'étranger.

Nous avons analysé l'étude statistique des avortements thérapeutiques pratiqués à New-York City en cinq ans de 1943 à 1947 et publiés par Christopher Tietze dans l'*American Journal of obstetrics and gynecology* en 1950.

D'emblée nous éliminerons les points de vue religieux, moraux et sociologiques, nous limitant à l'étude sur le plan médical pur d'une méthode thérapeutique de pathologie obstétricale.

Nous rappellerons seulement pour mémoire, qu'un praticien n'a pas le droit de décider un avortement thérapeutique et qu'il doit obligatoirement demander l'avis de deux médecins consultants dont l'un pris sur la liste des experts près le tribunal civil (Article 87 du Décret du 29 juillet 1939).

L'un des exemplaires du protocole établi est envoyé au Président du Conseil de l'Ordre.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

Lorsque s'ouvrit au siècle dernier une perspective nouvelle en matière de dystocie, que la symphysiotomie apporta une solution à des problèmes jusque-là insolubles quant à l'avenir du fœtus, alors que la césarienne était encore une opération dangereuse, le Professeur Pinard pouvait faire inscrire au fronton de son amphithéâtre : « L'embryotomie sur enfant vivant a vécu ».

Paraphrasant son aphorisme enthousiaste on est en droit de penser que l'époque n'est plus loin où l'on pourra en dire autant de l'avortement thérapeutique. Du moins dans l'état actuel de nos connaissances on constate que les progrès réalisés en thérapeutique et dans les techniques obstétricales, ont déjà réduit considérablement le nombre de leurs indications.

Il n'est que se reporter aux statistiques générales (malheureusement rares), considérant la question avec un recul suffisant pour constater cette réduction des indications. Les publications étant pour la plupart orientées sur une seule variété d'indications, il nous a été difficile de faire un bilan général portant sur de nombreuses années.

L'étude des avortements thérapeutiques pratiqués dans le service du Professeur Pigeaud de 1949 à 1954 nous a cependant paru plus éloquente en nous faisant une idée préalable des indications posées de 1943 à 1947, donc dans une période antérieure de l'évolution thérapeutique, et de surcroît dans des pays étrangers où malgré les

variations des conceptions médico-légales, les possibilités thérapeutiques générales ont été égales aux nôtres.

Nous avons retenu l'étude des avortements thérapeutiques pratiqués à New-York de 1943 à 1947, statistiques la plus importante sinon la plus complète de toutes celles publiées depuis dix ans.

La fréquence des avortements thérapeutiques est d'ailleurs la même à New-York qu'en Suisse et au Danemark. De 1943 à 1947 à New-York, ont été enregistrées 710.000 enfants vivants, 57.000 morts-nés parmi lesquels 3.592 avortements thérapeutiques (à New-York, la déclaration de tout fœtus mort est obligatoire quel que soit l'âge de la grossesse).

Soit : 5 pour 1.000 enfants vivants
et 4,7 pour 1.000 gestations déclarées.

En Suède de 1939 à 1945 la fréquence est de 4,6 pour 1.000.

Au Danemark de 1932 à 1940 elle est de 6,8 pour 1.000.

En Allemagne de 1936 à 1940 elle est de 1,6 pour 1.000.

Le faible pourcentage de l'Allemagne est dû à une surveillance restrictive très sévère exercée par un gouvernement attaché à une politique de repeuplement. Il est à noter que sont éliminés de ces statistiques les cas d'avortement pour raison eugénique et sociale (qui d'ailleurs ne sont pas autorisés aux Etats-Unis).

La statistique de Ch. Tietze est ramenée à 3.600 cas relevés sur les registres de la mortalité fœtale à New-York en 5 ans. Elle comprend les tableaux suivants :

TABLEAU I. — *Pourcentage d'après l'âge des gestantes pour 1.000 grossesses interrompues par avortement thérapeutique :*

Moins de 20 ans	2 pour 1.000
De 20 à 24 ans	2 pour 1.000
De 25 à 29 ans	3 pour 1.000
De 30 à 34 ans	5 pour 1.000

De 35 à 39 ans	10 pour 1.000
De 40 à 44 ans	24,5 pour 1.000
De plus de 45 ans	51,6 pour 1.000

On ne peut manquer d'être frappé par la progression de ces pourcentages avec l'âge des gestantes, la fréquence est en effet 25 fois plus forte chez les femmes âgées que chez les femmes de moins de 24 ans. Il faut toutefois tenir compte du nombre des indications posées pour des affections d'âge mûr telles que fibromyomes ou psychoses (voir tableau 4).

TABLEAU II. — *D'après la parité :*

Dans 30	% des cas il s'est agi de Primigestes
Dans 23	% des cas il s'est agi de II ^e gestes et III ^e gestes
Dans 11	% des cas il s'est agi de IV ^e gestes
Dans 5	% des cas il s'est agi de V ^e gestes
Dans 2,50	% des cas il s'est agi de VI ^e gestes
Dans 1,50	% des cas il s'est agi de VII ^e gestes

L'élévation de la fréquence avec les premières gestations est en rapport avec les indications posées pour les maladies de jeunesse (tuberculose en particulier) et aussi avec la coexistence fréquente de la primiparité chez les femmes âgées avec des affections à la période d'état, irréversibles.

TABLEAU III. — *Date de l'interruption :*

La grande majorité des interventions a eu lieu dans le premier trimestre de la gestation, très peu après la vingtième semaine.

TABLEAU IV. — *Classement d'après les indications :*

3.592 cas d'avortements thérapeutiques se répartissent en :

622 cas de Cardiopathies	Soit 17,3 %
512 cas de Fibromyomes	14,3 %
472 cas d'Affections mentales	13,1 %
73 Schizophrénies	2 %
182 Manies dépressives	5 %
216 Psychoses diverses	6 %

446 cas de Toxémies	12,4 %
96 Vomissements graves 2,6 %	
134 Néphrites 3,7 %	
93 Hypertensions 2,5 %	
123 Toxémies non spécifiées 3,4 %	
376 cas de Tuberculoses	10,5 %
351 Tuberculoses pulmonaires 9,7 %	
147 cas d'Affections des endocrines	4 %
89 Goîtres exophtalmiques 2,4 %	
46 Diabètes sucrés 1,3 %	
12 Affections variées 0,3 %	
106 cas d'Affections neurologiques	3 %
49 Epilepsies 1,3 %	
29 Scléroses en plaques 0,8 %	
28 Variées 0,7 %	
98 cas d'Hémorragies de nature et d'origine non spécifiée	2,7 %
814 cas Variés parmi lesquels	22,6 %
57 Tumeurs malignes 1,5 %	22 %
dont : 35 Cancers du sein 0,9 %	
22 Autres tumeurs 0,6 %	
757 Non spécifiés (pyélite, asthme, etc...).	

TABEAU V. — Modes d'interventions :

2.703 Dilatations et curetages extemporanés
534 Hystérectomies
294 Hystérotomies
61 Procédés divers (Procédé de Portes par exemple).

3.592

— A noter que les hystérectomies ont été faites pour les 3/4 dans des cas de fibromyomes.

— En dehors des fibromes, 84,4 % ont été pratiqués par dilatation et curetage et pendant les huit premières semaines de la gestation.

— Les gestations de plus de deux mois furent interrompues par hystérectomie ou par hystérotomie.

— A noter que pas un seul avortement thérapeutique n'a été pratiqué à l'aide des bougies de Krause ou autres. Il n'est pas question non plus de laminaires.

TABEAU VI. — Mortalité opératoire :

7 morts opératoires soit :

- 2 par shock
- 3 par embolie pulmonaire
- 1 par iléus paralytique
- 1 par méningite à méningocoques et pneumocoques.

TABEAU VII. — Mortalité ultérieure due à l'affection en cause :

36 morts dans les 2 ans après l'intervention

- dont : 15 Cardiaques sur 622
- 10 Tuberculeuses sur 376
- 6 Cancéreuses sur 57
- 5 Atteintes d'affections variées

En conclusion : A New-York en 5 ans de 1943 à 1947 ont été pratiqués :

- 3.600 avortements thérapeutiques, soit 1 pour 200 gestations ;
- 3.080 en enlevant les fibromyomes, soit 4,33 pour 1.000.

La fréquence est plus grande chez les femmes âgées.

Les 6/7 ont été pratiqués dans le cours du 1^{er} trimestre de la gestation.

Les indications les plus fréquentes ont été, dans l'ordre décroissant :

- Cardiopathies
- Fibromes
- Désordres mentaux
- Toxémies gravidiques
- Tuberculoses

A noter la fréquence des indications psychiatriques.

Les 4/5 des avortements pour fibromes ont été pratiqués par hystérectomies.

Les 8/10 des autres avortements ont été pratiqués par dilatation et curetage.

CHAPITRE II

ETUDE DES OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE

CLASSEMENT DES OBSERVATIONS :

N°	Age	Entrée	Registre	Pages	Affections
1 B.	37 ans	27- 4 49	X	25	Néphrite chronique hypertensive
2 C.	27 ans	6- 9-49	X	131	Tuberculose pulmonaire
3 L.	29 ans	24-10-49	XI	23	Cardiopathie
4 D.	22 ans	26-10-49	XI	26	Tuberculose pulmonaire
5 D.	22 ans	12-12-49	XI	62	Tuberculose pulmonaire
6 G.	38 ans	28- 3-50	XI	143	Cardiopathie
7 A.	30 ans	11- 5-50	XI	174	Tuberculose pulmonaire
8 B.	39 ans	26- 5-50	XI	187	Cardiopathie
9 H.	23 ans	18- 9-50	XII	24	Tuberculose pulmonaire
10 D.	28 ans	5-10-50	XII	32	Tuberculose pulmonaire
11 L.	22 ans	21-10-50	XII	36	Néphrectomisée avec néphrostomie sur rein restant)
12 T.	43 ans	16-12-50	XII	96	Néphropathie gravidique
13 L.	27 ans	9- 3-51	XII	172	Tuberculose pulmonaire
14 R.	19 ans	28- 6-51	XII	16	Vomissements graves
15 H.	43 ans	13- 3-52	XIV	61	Néphrite chronique hypertensive
16 B.	36 ans	4- 9-52	XV	23	Néphrite chronique
17 W.	37 ans	3-10-52	XV	44	Cardiopathie
18 G.	38 ans	2- 1-53	JXXIII	190	Néoplasme du sein opéré
19 G.	25 ans	23- 4-53	XV	198	Néphrite chronique hypertensive
20 S.	28 ans	16- 6-53	JXXV	103	Cardiopathie

Soit 20 observations réparties de la façon suivante :

7 Tuberculoses pulmonaires : Observations N° 2, 4, 5, 7, 9, 10, 13.

- 5 Cardiopathies : Observations N° 3, 6, 8, 17, 20.
- 4 Néphrites : Observations N° 1, 15, 16, 19.
- 1 Néphropathie gravidique : Observation N° 12.
- 1 Vomissement grave de la gestation : Observation N° 14.
- 1 Néphrectomisée : Observation N° 11.
- 1 Néoplasme du sein opéré : Observation N° 18.

*
**

Nous exposons ces 20 observations en adoptant le plan suivant :

Résumé de l'observation.

Antécédents.

Grossesse actuelle et indication de l'interruption.

Interventions pratiquées.

Suites immédiates.

OBSERVATION N° 1. — Mme B..., 37 ans. Entrée dans le service le 27-4-49.

Résumé :

III^e geste au 2^e mois de la gestation.

Néphrite chronique avec hypertension, post-gravidique.

Dilatation aux lamineaires et curetage.

Antécédents : Néphropathie gravidique avec hypertension au 9^e mois d'une première grossesse en 1935. Enfant vivant né à terme.

Persistance d'une hypertension à 18-22 et d'une albuminurie à 0,50 gr. par litre.

L'albuminurie qui avait disparu en 1940 réapparaît au cours d'une deuxième grossesse en 1947. Mort du fœtus in utero avant la période de viabilité.

Persistance de l'albuminurie par la suite (0,09 avant la grossesse actuelle).

Grossesse actuelle : de 1 mois 1/2 avec albuminurie à 0,28 et T.A. = 170/85.

Indication d'avortement thérapeutique, après avis du Pr. Ravault.

Interventions : Le 29-4-49 mise en place de 2 lamineaires en canons de fusil après légère dilatation du col.

Le 30-4-49 curetage sous anesthésie générale au Nesdonal.

Suites simples sans incident. Disparition de l'albuminurie.
T.A. = 165/95.

OBSERVATION N° 2. — Mme C..., 27 ans. Entrée dans le service le 6-9-49.

Résumé :

IV^e geste au 2^e mois de la gestation.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Dilatation aux bougies de Hégar et curage.

Antécédents : Deux grossesses normales en 1941 et 1942.

De décembre 1945 à juillet 1947 : primo-infection puis pleurésie et enfin miliaire apyrétique. Séjour de dix mois en cure sanatoriale. Tentative de pneumothorax, avec échec, en 1948, au cours d'une troisième grossesse bien supportée mais avec amaigrissement de 3 kg. Accouchement à terme sans incident.

Poussée granulique en janvier 1949, guérie par 5 mois de cure sanatoriale et streptomycinothérapie.

Grossesse actuelle de 2 mois, normale, mais avec amaigrissement de 4 kg. en 2 mois. Atteinte discrète de l'état général. Apyrexie.

Basciloscopie négative.

Indication d'avortement thérapeutique, après avis du Dr Brun.

Interventions : Le 14-9-49. Anesthésie au Nesdonal+Scophédal.

Dilatation aux bougies de Hégar et curage digital,

On découvre en fin d'intervention une petite fissure à la face antérieure de l'isthme.

Suites simples sans incident. Part le 20-9-49.

OBSERVATION N° 3. — Mme L.-M..., 29 ans. Entrée dans le service le 24-10-49.

Résumé :

IV^e geste à 2 mois 1/2 de gestation.

Cardiopathie avec hypertrophie cardiaque.

Dilatation aux lamineaires et curetage.

Intécédents : Chorée dans l'enfance. Pas d'albuminurie ni d'hypertension.

Première grossesse bien supportée en 1942. Accouchement normal.

Deuxième grossesse moins bien supportée en 1945 (essoufflement et fatigabilité importante, dyspnée nocturne et dilatation cardiaque discrète, sans signes orificiels au cours d'une troisième grossesse. Accouchement à terme sans incident.

Grossesse actuelle de 2 mois 1/2, normale. Vient du service du Pr. Froment où elle était traitée pour congestion pulmonaire œdémateuse emboligène, avec hypertrophie cardiaque, rythme lent et irrégulier, et souffle diastolique, sans gros foie ni albuminurie, mais avec dyspnée d'effort et de décubitus, malgré le repos et le traitement.

T.A. = 95/60. Urée = 0,55. Sérologie négative.

Indication d'avortement thérapeutique sous couvert de digitaline.

Pas d'indication de stérilisation, l'épisode actuel ne devant pas forcément se reproduire au cours d'une grossesse ultérieure.

Interventions : Le 4-11-49 mise en place de 2 laminaires après dilatation à la bougie de Hégar sous légère anesthésie générale à l'éther.

Le 6-11-49 curetage sous anesthésie générale au Nesdonal.

Suites simples sans incident. Etat cardiaque satisfaisant. Digitaline.

OBSERVATION N° 4. — Mme D..., 22 ans. Entrée dans le service le 26-10-49.

Résumé :

1^{er} geste à 2 mois de gestation.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Dilatation aux laminaires et curage.

Antécédents : Depuis 1944 : Primo-infection sévère. Pleurésie droite. Séjour de 1 an 1/2 en cure sanatoriale.

Atteinte cutanée en 1949 en même temps que lésions radiologiques bilatérales à caractère nettement évolutif.

Bacilloscopies très positives.

Mauvais état général et amaigrissement.

Streptomycinothérapie.

Grossesse actuelle de 2 mois. Etat général médiocre ; la malade vient de faire une poussée évolutive généralisée sur des lésions bacillaires anciennes. Apyrexie actuellement.

La collapsothérapie se heurterait à de très grosses difficultés.
Indication d'avortement thérapeutique après avis du Dr Fraisse.

Interventions : Le 4-11-49 mise en place de 2 laminaires.

Le 5-11-59 curage digital sous anesthésie générale au Nesdonal.

Suites simples sans incident.

OBSERVATION N° 5. — Mme C..., 22 ans. Entrée dans le service le 12-12-49.

Résumé :

1^{er} geste à 3 mois de gestation.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Mise en place d'une bougie de Trillat avec expulsion spontanée de l'œuf.

Antécédents : De janvier 1948 à septembre 1949 : Pleurésie puis infiltrat sous-claviculaire gauche. Séjour de 10 mois en cure sanatoriale avec pneumothorax gauche et section de brides en mars 1949, avec bacilloscopies négatives.

Sort du sanatorium apparemment stabilisée et B.K. = 0.

Grossesse actuelle de 3 mois avec aggravation radiologique des lésions du côté gauche et extension du côté droit.

Etat général satisfaisant, malade apyrétique.

Pas de B.K. après tubage gastrique et homogénéisation.

Indication formelle d'avortement thérapeutique posée par les phtisiologues.

Interventions : Le 20-12-49 dilatation du col à la bougie jusqu'au n° 12 sous anesthésie générale au Nesdonal. Mise en place d'une bougie de Krause.

Le 21-12-49 ablation de la bougie. Pas d'effacement du col.

Le 24-12-49 devant l'insuccès de l'intervention précédente, on procède à la mise en place d'une bougie de Trillat, sous couvert de sulfamidothérapie générale.

Le 31-12-49 expulsion d'un œuf complet. Ablation de la bougie. Pas de révision utérine.

Suites simples sans incident. Part le 7-1-50.

OBSERVATION N° 6. — Mme G..., 38 ans. Entrée dans le service le 28-3-50.

Résumé :

XV^e geste à 2 mois de gestation.

Cardiopathie (rétrécissement et insuffisance aortique).

Hystérotomie et ligature des trompes.

Antécédents : Cholécystectomie en 1946.

Crises de R.A.A. il y a 27 ans, 21 ans, 13 ans (dans des suites de couches), et il y a 8 ans. Dans les suites de cette dernière crise apparition d'une légère dyspnée d'effort.

Il y a 4 ans apparition de palpitations et d'essoufflement.

Depuis 4 mois aggravation des troubles fonctionnels, en particulier de la dyspnée d'effort.

Grande multipare ayant eu 13 grossesses à terme et 1 fausse-couche.

La dernière grossesse a été relativement bien supportée, mais a nécessité 3 mois de repos au lit avant, et 1 mois après l'accouchement.

Grossesse actuelle de 2 mois avec aggravation de la dyspnée d'effort et dyspnée de décubitus intense.

Pas d'hépatosplénomégalie. Pas d'œdème malléolaire. Pas d'albuminurie. T.A. = 120/65.

Température à 37°6-38° depuis 1 mois, cédant au repos.

Examen cardiaque : Rétrécissement aortique avec insuffisance aortique associée. Pas de rétrécissement mitral.

Souffrance myocardique et asystolie. Cœur radiologiquement de taille normale mais poumons cardiaques.

La cardiopathie est en voie de décompensation avec diminution de résistance du myocarde, signée par l'examen électrocardiographique :

Electrocardiogramme : Aspect en cupule de ST2 et inversion de T3.

Temps de circulation veineuse (pli du coude-langue) accéléré.

Cette accélération est attribuable à une augmentation du métabolisme basal de 59 %.

Indication d'avortement thérapeutique basée sur les raisons suivantes :

1° Légers signes de décompensation au cours de la dernière grossesse.

2° Signes légers de décompensation au début de la grossesse actuelle.

3° Poumon cardiaque.

4° Petits signes de défaillance myocardique prouvés par les signes électrocardiographiques.

Par ailleurs, la stérilisation complémentaire est indiquée. Préparation à la Digitaline.

Interventions : le 20-4-50 anesthésie locale et Morphine + Caféine.

Petite césarienne et stérilisation (résection de la moitié externe des deux trompes).

Suites opératoires :

Le 28-4-50 installation en quelques jours d'une crise de R.A.A. typique avec arthralgies et fluxions articulaires, température à 39° (sans explication abdominale).

Traitement : Pénicilline et Salicylate à hautes doses.

Disparition de tous les symptômes en une semaine.

Le 19-5-50 bon état général. Etat cardiaque excellent avec bon tracé électrocardiographique.

La malade part.

OBSERVATION N° 7. — Mme A..., 30 ans. Entrée dans le service le 11-5-50.

Résumé :

III° geste à 3 mois 1/2 de gestation.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Hystérectomie sans ligature des trompes.

Antécédents : Appendicectomie à 16 ans.

Deux accouchements normaux.

En avril 1948, pleurésie droite puis infiltrat du sommet droit discret. Guérison en 6 mois de cure sanatoriale.

En février 1949, à l'occasion de l'incision d'un abcès de la marge de l'anus on découvre une reprise évolutive de l'infiltrat gauche.

En juin 1949, passage de la suppuration para-anale à la chronicité et en octobre apparition d'un infiltrat sous-claviculaire du côté gauche. Reçoit 60 gr. de Streptomycine et 500 gr. de P.A.S. qui amènent une très grosse amélioration de l'état pulmonaire et des lésions anales.

Grossesse actuelle de 3 mois 1/2 dont les débuts ont été marqués d'une poussée évolutive avec apparition de 2 cavernes d'évidement du sommet droit. Pneumothorax impossible à réaliser à cause des antécédents pleurétiques. Streptomycine déjà administrée.

A l'entrée, état général assez bon et appétit conservé. Léger amaigrissement. Abscès de la marge de l'anūs guéri.

Examen clinique négatif. Quelques râles sous-crépitañts au sommet droit. T.A. = 100/50. Pas d'albuminurie.

Liquide gastrique de tubage = B.K. +.

Indication d'avortement thérapeutique sans stérilisation.

Interventions : Le 13-5-50, anesthésie locale avec légère anesthésie générale au kélène durant la fermeture du péri-toïne.

Incision de Pfannenstiel-Hystérotomie fundique.

— Extraction facile sans incident d'un œuf de près de 4 mois.

— Fermeture totale.

Suites simples sans incident.

OBSERVATION N° 8. — Mme B..., 39 ans. Entrée dans le service le 26-5-50.

Résumé :

IV^e geste à 2 mois de grossesse.

Cardiopathie (maladie mitrale).

Mise en place de laminaire et curetage.

Antécédents : Apparition à 15 ans d'une dyspnée d'effort sans antécédents notables.

En 1931, à l'âge de 20 ans : première grossesse bien supportée et accouchement normal à terme d'un enfant vivant.

En 1936, à 25 ans : crise de R.A.A. fugace.

En 1938, à 28 ans : deuxième grossesse relativement bien supportée mais gros œdème et allaitement pénible.

En 1947, à 37 ans : troisième grossesse au cours de laquelle on découvre un rétrécissement mitral, avec accidents sérieux et précoces de décompensation (dyspnée, toux, œdème des membres inférieurs, expectoration hémoptoïque). Accouchement à terme avec forceps.

Grossesse actuelle de 2 mois. En avril, au début de la grossesse, installation subite d'une oblitération de l'artère iliaque externe avec phénomènes d'embolie (troubles de la sensibilité et de la motricité dans le membre supérieur droit, aphasie). Récupération rapide en huit jours avec traitement aux anticoagulants.

A l'entrée, malade apyrétique en bon état général. Pas d'albuminurie, pas de dyspnée.

A l'examen : rétrécissement mitral avec T.A. = 10/7.

Radiographie : Dilatation de l'oreillette gauche et des cavités droites. Poumon cardiaque.

Electrocardiogramme : Prépondérance droite. Onde P diphasique en V3 et V4.

Indication d'avortement thérapeutique après avis du Dr Gonin.

Interventions : Le 27-5-50 mise en place d'une laminaire sous anesthésie des paramètres.

Le 28-5-50 ablation de la laminaire et curetage sans anesthésie, la malade n'ayant pratiquement rien senti.

Suites simples. Traitement aux anticoagulants systématique. Sort le 5-6-50.

OBSERVATION N° 9. — Mme H..., 23 ans. Entrée dans le service le 18-9-50.

Résumé :

1^{er} geste à 2 mois 1/2 de gestation.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Mise en place d'un drain intra-utérin, sans nécessité d'une intervention évacuatrice.

Antécédents : En 1940, découverte d'une caverne du sommet gauche. Pneumothorax inefficace. Sels d'or.

En 1942, extra-pleural.

En 1944, thoracoplastie de 6 côtes pour suppuration de l'extra-pleural. L'évolution demeure cependant progressive.

En juillet 1949, streptomycinothérapie (60 gr.).

Grossesse actuelle de 2 mois 1/2 avec augmentation de la dyspnée, asthénie et anorexie marquées, amaigrissement de 4 kg. en 2 mois.

Crachats : B.K. = ++.

Aggravation radiologique des lésions.

Indication formelle d'interruption de grossesse, celle-ci ne devant d'ailleurs pas empêcher l'évolution ultérieure de la bacillose (Drs Fraisse et Despierre).

Interventions : Le 4-10-50 sous anesthésie générale au Nesdonal, dilatation cervicale jusqu'à la bougie n° 12 et mise en place d'un gros drain dans l'utérus.

Le 10-10-50 expulsion du fœtus et du placenta en entier.

Suites opératoires simples sans incident.

A noter que le 6-5-52 la malade est à nouveau entrée dans le service pour une nouvelle grossesse au début. La malade

étant alors en bon état général et local, l'indication d'interruption de grossesse a été repoussée en accord avec les phtisiologues.

OBSERVATION N° 10. — Mme D..., 28 ans. Entrée dans le service le 5-10-50.

Résumé :

III^e geste à 2 mois de gestation.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Dilatation aux bougies de Hégar et curetage.

Antécédents : En 1940, à 18 ans, pleurite.

En 1942, première grossesse normale. Accouchement à terme sans incident.

Baisse de l'état général depuis le dernier accouchement avec asthénie et anorexie.

Découverte en 1943 d'un infiltrat du sommet gauche. Traitée par un pneumothorax et le repos. Arrêt du pneumothorax au bout de 1 an pour symphyse pleurale gauche et pleurésie droite.

Etat à peu près satisfaisant jusqu'en 1945.

En 1945 : deuxième grossesse sans incident. Accouchement à terme.

En décembre 1946, reprise de l'évolution à gauche et apparition de lésions nouvelles à droite. Bacilloscopies positives. Repos en montagne.

En juillet 1950, rechute : Streptomycinothérapie.

Grossesse actuelle de 2 mois, normale.

On se trouve en présence d'une poussée évolutive de bacillose avec symphyse totale des deux plèvres empêchant la collapsothérapie.

La première grossesse ayant influencé de façon évidente la première poussée évolutive, l'indication d'avortement thérapeutique est posée sur l'avis formel du Dr Anstett.

Intervention : Le 7-10-50 sous anesthésie générale au Nesdonal. Dilatation cervicale aux bougies de Hégar et curetage.

Suites opératoires sans incident.

La malade part en bon état général le 13-10-50.

OBSERVATION N° 11. — Mme L..., 22 ans. Entrée le 21-10-50.

Résumé :

III^e geste à 3 mois de gestation.

Néphrostomie chez une néphrectomisée du côté opposé.

Hystérotomie et stérilisation.

Antécédents : Albuminurie depuis l'âge de 5 ans.

En 1939, Néphrectomie droite pour lithiase.

En 1943, Coliques néphrétiques gauches.

En 1947, Néphrostomie et ablation d'un calcul à gauche.

Grossesse peu après (première grossesse) ; accouchement à terme sans incident.

En 1948, deuxième grossesse normale ; accouchement à terme sans incident.

En 1949 : en avril, Urétéropyéloplastie qui ne donne aucun résultat.

En août, nouvelle urétéropyéloplastie avec un bon résultat mais poussée de cystite importante.

En 1950, nouvelle poussée de cystite.

Grossesse actuelle de 3 mois. Depuis le début de cette grossesse la malade souffre beaucoup de son rein gauche et en particulier de son uretère. Une nouvelle néphrostomie serait à envisager après l'accouchement. Elle demande elle-même l'interruption de la grossesse.

A l'examen, la malade présente une fosse lombaire gauche très douloureuse, sans température ni cystite.

Indication d'avortement thérapeutique avec stérilisation, après avis formel du Pr. Cibert.

Interventions : Le 25-10-50 anesthésie locale + Scophédal. Hystérotomie et ligature des trompes.

Suites immédiates simples et sans incident. La malade repart dans le service du Pr. Cibert le 6-11-50.

Le 18-11-50, la malade revient présentant un œdème douloureux du Douglas qui cède très rapidement au traitement symptomatique et aux antispasmodiques (Gardénal et Spasmalgine).

OBSERVATION N° 12. — Mme T..., 43 ans. Entrée dans le service le 16-12-50.

Résumé :

IV^e geste à 4 mois 1/2 de gestation.

Néphropathie gravidique hypertensive.

Mise en place de bougie de Krause et curage.

Antécédents : En 1933, première grossesse avec accouchement sans incident, mais traces d'albuminurie pendant la grossesse.

En 1943, deuxième grossesse avec apparition au 7^e mois d'une albuminurie avec hypertension à 20/10, ayant nécessité l'hospitalisation.

Le 22-7-43, au 7^e mois 1/2 de la grossesse, apparition d'une barre épigastrique avec albuminurie massive. Accouchement provoqué prématuré. Enfant mort macéré de 2.350 gr.

Dans les jours suivants, chute de la tension et disparition de l'albuminurie.

En 1944, troisième grossesse sans incident, sans albuminurie, sans hypertension. Accouchement normal d'un enfant vivant.

Grossesse actuelle de 4 mois 1/2 au début de laquelle la malade a subi l'exérèse d'un kyste de l'ovaire. Pas d'albuminurie à ce moment et T.A. = 160/90.

En novembre 1950, au 3^e mois 1/2, réapparition de l'albuminurie avec céphalées intenses et T.A. = 220.

Les céphalées qui avaient disparu à la suite du régime, réapparaissent le 13-12-50 avec une albuminurie massive et une sensation de barre épigastrique. T.A. = 225/135. Urée = 0,25.

Réserve alcaline = 41 volumes. Albuminurie = 1,20 gr./l.

Le fait que la dernière grossesse ait évolué sans aucune manifestation pathologique et que la T.A. semble s'être modifiée dans l'intervalle des deux dernières grossesses, serait en faveur d'une néphrite chronique ou d'une hypertension solitaire.

Examen du fond d'œil : Pupille hyperhémie, léger œdème de la rétine avec quelques hémorragies discrètes. Lésions identiques des deux côtés.

Interruption de la grossesse indiquée car il s'agit d'une néphropathie gravidique récidivante à apparition précoce et à manifestations surtout hypertensives et oculaires (Pr. Ravault).

Interventions : Le 23-12-50 mise en place d'une bougie de Krause, sans anesthésie, après légère dilatation.

Le 26-12-50, apparition de céphalées avec barre épigastrique et gros disque d'albumine cailleboté, sans modification de la tension qui est à 170 depuis quelques jours.

Le 27-12-50, expulsion d'un fœtus macéré de 400 gr., après morphine et chloral.

Dans la soirée, sous anesthésie générale : curage digital.
T.A. = 140/90.

Suites opératoires : le 28-12-50 T.A. = 135/75. Albuminurie = 0,10. Urée = 0,53.

Le 29-12-50 T.A. = 115/70. Température à 38°6. Traitée avec Pénicilline et Chloral.

Le 31-12-50, traces d'albumine dans les urines. T.A. = 115/70.

OBSERVATION N° 13. — Mme L..., 27 ans. Entrée dans le service le 9-3-51.

Résumé :

II^e geste à 2 mois de gestation.

Tuberculose pulmonaire évolutive.

Mise en place de bougie de Krause et curage digital.

Antécédents : en 1948, pneumopathie avec température à 40° et évolution marquée par une hémoptysie très abondante. Pas de B.K. et inoculation négative. Mais à la radiographie infiltrat sous-claviculaire droit sans évidence.

En réalité, la malade semble avoir un passé pulmonaire plus ancien : la bacillose est probablement surajoutée à une bronchectasie datant de l'enfance (coqueluche à l'âge de 3 ans et bronchorrée purulente à l'âge de 9 ans). Cuti-réaction positive depuis cette époque.

En novembre 1948, première grossesse sans incident avec accouchement à terme au forceps.

Quelques mois après l'accouchement, baisse de l'état général, température à 38°, amaigrissement et aggravation radiologique des lésions du sommet droit : présence d'une géode au sommet droit à la tomographie.

Séjour en cure sanatoriale de 4 semaines puis elle continue à se soigner à domicile. A reçu 90 gr. de Dihydrostreptomycine.

En février 1951, à la tomographie : lésions fibreuses juxta-hilaires gauches. Lésions calcifiées du sommet gauche.

Crachats = pas de B.K.

Grossesse actuelle de 2 mois avec, à l'examen clinique, quelques râles sous-crépitaux humides à droite. Processus bacillaire bilatéral faiblement évolutif.

Crachats = pas de B.K. à l'examen direct, ni au tubage après homogénéisation. Culture sur milieu de Lœwenstein négatives.

Interruption de grossesse indiquée par les phtisiologues.

Interventions : Le 2-4-51 mise en place d'une bougie de Krause.

Le 7-4-51 expulsion d'un fœtus et du placenta avec rétention. Sous anesthésie générale au Nesdonal, curage digital.

Suites opératoires sans incident.

OBSERVATION N° 14. — Mme R..., 19 ans. Entrée dans le service le 28-6-51.

Résumé :

1^{er} geste à 3 mois de gestation.

Vomissements graves de la gestation.

Hystérotomie vaginale.

Antécédents : A 12 ans, ictère catarrhal bénin. Pas de séquelles hépatiques.

Grossesse actuelle de 3 mois normale. Apparition le 6 avril de vomissements devenus sérieux le 1^{er} juin et incoercibles depuis quelques jours.

Déshydratation progressive : perte de poids de 19 kg. en 1 mois.

Acidose importante avec acétonurie (++++), coefficient de Maillard à 15,3 % ; réserve alcaline à 42 volumes.

Dystonie neurovégétative à manifestations d'importance croissante avec syndrome solaire, mydriase intense, sans sialorrhée.

Anémie discrète ; pas d'ulcère gastrique ; pas de méningite.

Taux de prégnandiol un peu bas mais à peu près normal.

Pas d'augmentation du taux des hormones gonadotropes.

Après une amélioration passagère et malgré le traitement correctement conduit, malgré les tubages suivis d'injection duodénale alimentaire par la sonde, et même la disparition du syndrome solaire, le coefficient de Maillard continue à monter, passant en 8 jours de 15,3 à 43 % tandis que l'acétonurie continue à être très importante (++++). Echec absolu de l'isolement le plus strict pendant 8 jours, avec traitement complet et correct. Les conditions semblent réunies pour poser l'indication d'avortement thérapeutique.

Le 10-7-51 persistance des vomissements malgré l'essai de traitement au Phénergan intra-veineux, avec insuline à petites doses. Coefficient de Maillard à 43,4 %. Décision d'avortement thérapeutique.

Interventions : Le 10-7-51 anesthésie générale au Nesdonal.

Hystérotomie vaginale après dilatation du col jusqu'à la

bougie n° 12. Refoulement de la vessie et section de l'isthme et du col sur 8 cm. Extraction facile du fœtus et du placenta à la curette de Wallich. Suture en 2 plans.

Suites opératoires : Le 11-7-51 coefficient de Maillard = 34 %. Acétonurie ++.

Le 14-7-51 coefficient de Maillard = 40 %.

Devant la persistance des vomissements et le coefficient de Maillard élevé, en dépit de l'intervention, la malade est envoyée dans le service du Pr. Ravault pour inventaire médical complet.

Dès son passage en médecine elle ne vomit plus mais reste anorexique et acidosique.

Le 20-7-51, alors qu'elle était traitée par de petites doses d'insuline (5 unités par jour), elle présente un coma hypoglycémique très important avec glycosurie à 0,20 gr./litre qui n'a cédé qu'à de très grosses doses de sucre. Depuis elle est transformée au point de vue psychique, mange avec appétit, ne conserve aucun signe neurologique objectif.

Aucune cause de son coma n'a pu être mise en évidence (épreuve de l'hyperglycémie provoquée normale, pas d'hypoprotéinémie).

OBSERVATION N° 15. — Mme H..., 43 ans. Entrée dans le service le 13-3-52.

Résumé :

V° geste à 1 mois 1/2 de gestation.

Néphrite chronique après néphropathie.

Mise en place de laminaire et curetage.

Antécédents : En 1932, au cours de la première grossesse, apparition d'une albuminurie isolée discrète. Accouchement à terme sans incident.

En 1934, au cours de la deuxième grossesse, albuminurie plus abondante avec œdèmes et troubles visuels, sans hypertension.

Accouchement à terme sans incident.

Persistance de l'albumine après la grossesse.

En 1938 : Troisième grossesse sans augmentation de l'albuminurie ni hypertension. Accouchement à terme sans incident.

Par la suite, albuminurie chronique et T.A. = 110/60.

Fond d'œil normal.

En 1943, en dehors de toute grossesse, grosse poussée albuminurique.

En 1946, au cours de la quatrième grossesse, albuminurie à 3 gr. avec œdèmes et troubles visuels. Au fond d'œil : Rétinite hypertensive. T.A. = 200/130. Urée = 0,50.

Accouchement à terme d'un enfant débile qui meurt 1 heure après la naissance (1.840 gr.).

Depuis le dernier accouchement l'albuminurie reste oscillante autour du taux de 3 gr. avec T.A. = 205/120 (poussées jusqu'à 230/150). Persistance des signes du fond d'œil.

Grossesse actuelle de 1 mois 1/2, avec taux de Pregnandiol normaux.

Albuminurie à 2 gr. par litre.

Taux d'urée sanguine = 0,22.

Protéines totales = 72. Réserve alcaline = 40 volumes.

Sérine = 36,75. Globuline = 35,25.

Rapport Sérine/Globuline = 1,04.

T.A. = 200/110.

Devant l'importance de l'atteinte néphrétique, la grossesse doit être interrompue (Pr. Ravault).

Interventions : Le 27-3-52 mise en place d'une laminaire.

Le 28-3-52 curetage sous anesthésie générale.

Suites simples sans incident.

Le 1^{er}-4-52 protéines totales = 80. Urée sanguine à 0,58.

Rapport Sérine-/Globuline = 0,77 (35/45).

OBSERVATION N° 16. — Mme B..., 36 ans. Entrée dans le service le 4-9-52.

Résumé :

III^e geste à 2 mois 1/2 de gestation.

Néphrite chronique après néphropathies gravidiques récidivantes.

Hystérotomie et stérilisation.

Antécédents : En 1948, au cours de la première grossesse, néphropathie gravidique avec légère hypertension. Mort du fœtus in utero à 6 mois 1/2.

Persistance de l'albuminurie et d'une hypertension artérielle discrète (150/90) pendant 4 mois après l'accouchement.

En 1950, au deuxième mois de la grossesse, poussée évolutive de l'albuminurie et de l'hypertension artérielle (170/95) et mort du fœtus in utero.

Persistance d'une albuminurie intermittente, sans hypertension, après l'accouchement.

Les sérologies pratiquées ont toutes été négatives.

Groupe sanguin maternel : A2 Rh+.

Grossesse actuelle de 2 mois 1/2 avec albuminurie de 0,10 gr. par litre.

Diurèse de 750 à 1.600 cc. par 24 h. Pas de cylindres urinaires.

T.A. = 155/100.

Taux d'urée sanguine à 0,23. Protéines totales à 74.

Rapport Sérine-/Globuline = 51,75/22,25 = 2,26.

Réserve alcaline = 59.

Taux de Pregnandiol normaux.

Indication d'interruption de grossesse après avis formel du Pr. Ravault, avec stérilisation associée.

Interventions : Le 24-9-52 sous rachi-anesthésie.

Petite césarienne abdominale. Extraction facile d'un œuf complet. Suture utérine en 2 plans. Ligature des trompes.

Suites simples sans incident. T.A. = 150/90. Albuminurie discrète.

OBSERVATION N° 17. — Mme W..., 37 ans. Entrée dans le service le 3-10-52.

Résumé :

III^e geste à 2 mois de gestation.

Cardiopathie (asystolie, arythmie).

Mise en place de laminaire et curetage.

Antécédents : En 1940, au cours de la première grossesse, évolution d'une pleurite. Accouchement normal sans incident, à terme.

En 1942, au cours de la deuxième grossesse, apparition d'une dyspnée qui devait devenir beaucoup plus importante dans les suites de couches. Accouchement à terme, normal, sans incident.

En 1950, poussée de R.A.A. avec endocardite rhumatismale suivie d'une myocardite et d'une embolie. Troubles fonctionnels permanents par la suite, surtout la dyspnée.

Grossesse actuelle de 2 mois, avec décubitus impossible et dyspnée permanente (rythme respiratoire à 40).

Pas d'albumine ni de cyanose, ni d'hépatomégalie.

Arythmie et asystolie. Gros cœur et pouls rapide.

Intolérance à la Digitaline et à la Cédilanide.

Pr. Froment : Mitrale en arythmie, complète avec grosse dilatation auriculaire gauche. Evolution nette des lésions depuis 2 ans. Surcharge ventriculaire gauche à l'électrocardiogramme.

Indication d'avortement thérapeutique en raison de l'importance de l'atteinte cardiaque et de la notion d'aggravation au cours des précédentes grossesses. Stérilisation ultérieure.

Interventions : Le 13-10-52 pose d'une laminaire.

Le 15-10-52 pose d'une deuxième laminaire.

Le 17-10-52 curetage sous anesthésie générale à l'éther pur. Pénicillinothérapie générale.

Suites opératoires simples sans incident. Pas de cyanose, pas d'œdème. La malade est reprise en cardiologie. Pas d'incident pendant son séjour.

OBSERVATION N° 18. — Mme G..., 38 ans. Entrée dans le service le 27-12-53.

Résumé :

V° geste à 1 mois 1/2 de gestation.

Néoplasme du sein opéré.

Mise en place de laminaire et curetage.

Antécédents : 4 grossesses normales, la dernière datant de 6 ans.

1 fausse-couche.

En mai 1952, opération de Halsted pour épithélioma atypique du sein gauche.

Grossesse actuelle de 1 mois 1/2 devant laquelle le Dr Dargent pose l'indication formelle d'avortement thérapeutique.

Le 29-12-52 pose d'une laminaire. Une mèche vaginale.

Interventions : Le 2-1-53 sous anesthésie générale au Nesdonal.

Après ablation de la laminaire et de la mèche, le col est suffisamment dilaté pour permettre un curetage facile.

Ecouvillonnage au Merfène intra-utérin.

Suites simples sans incident.

OBSERVATION N° 19. — Mme G..., 25 ans. Entrée dans le service le 23-4-53.

Résumé :

II° geste à 1 mois de gestation.

Néphrite chronique avec hypertension.

Hystérotomie et stérilisation.

Antécédents : Scarlatine à l'âge de 6 ans. Albuminurie résiduelle intermittente sans hypertension artérielle connue.

Hémi-parésie gauche à 7 ans : récupération totale.

En 1947 T.A. = 200 puis, par la suite, stabilisation à 160.

En 1951, au cours de la première grossesse, complication progressive de la néphrite avec lésions du fond d'œil et urée sanguine à 1,25 à la fin du 8^e mois.

Accouchement à terme d'un enfant mort-né macéré de 1.900 gr.

Par la suite, urée sanguine à 0,30 avec troubles visuels sans hypertension et diurèse normale. Séjour dans le service du Pr. Ravault.

Grossesse actuelle de 1 mois normale mais avec une albuminurie à 3 gr. sans œdèmes, ni céphalées, ni troubles digestifs.

Urée sanguine à 0,71. Diurèse normale.

T.A. = 190/120.

Indication d'avortement thérapeutique après avis formel du Pr. Ravault avec stérilisation.

Interventions : Le 28-4-53 sous anesthésie générale à l'éther avec Nesdonal starter.

Hystérotomie et extraction de l'œuf.

Ligature des trompes après écrasement et résection partielle.

Suites opératoires : Le 5-5-53 urée sanguine à 0,50.

Réserve alcaline à 52 volumes.

Protéines = 63. Sérine = 34,5. Globuline = 28,5.

Rapport Sérine/Globuline = 1,21.

Albuminurie à 0,30 gr. par litre.

T.A. = 160/80.

La malade part allant bien.

OBSERVATION N° 20. — Mme S..., 28 ans. Entrée dans le service le 15-6-53.

Résumé :

II^e geste à 3 mois de gestation.

Cardiopathie, endocardite infectieuse récidivante.

Mise en place de bougie de Krause et curage.

Antécédents : Crises de R.A.A. à l'âge de 10 ans, 13 ans et 14 ans.

Découverte d'une insuffisance mitrale.

En 1947, première grossesse mal supportée. Pas d'incident grave.

Accouchement normal à terme.

En juin 1952, à la suite de soins dentaires, évolution d'une endocardite infectieuse avec hémocultures positives (Entérocoques sensibles à la Terramycine).

Traité à des doses moyennes de Pénicilline jusqu'en septembre.

Hospitalisée dans le service du Pr. Froment en novembre où elle a été traitée à la Terramycine et à la Tifomycine.

Sort de l'hôpital à fin décembre et continue les soins à domicile.

Est hospitalisée à nouveau depuis le 21-4-53 en Cardiologie pour pousée évolutive nouvelle et traitée à de très hautes doses d'antibiotiques.

Présente à l'examen une insuffisance mitrale bien compensée.

Pas d'albumine, pas d'œdèmes. T.A. = 130/80.

Indication d'avortement thérapeutique après avis formel du Pr. Froment.

Interventions : Le 18-6-53 mise en place d'une bougie de Krause.

Le 24-6-53 hémoculture négative.

Le 30-6-53 anesthésie générale légère à l'éther :

Dilatation du col. Ouverture de l'œuf. Extraction de débris placentaires. Le fœtus n'est pas extrait.

Le 9-7-53 expulsion de la bougie, du fœtus et d'un placenta incomplet.

Sous anesthésie générale à l'éther (goutte à goutte).

Curage digital très facile ramenant quelques débris placentaires.

Suites simples sans incident sous couvert d'antibiotiques.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS STATISTIQUES SUR CES 20 AVORTEMENTS THERAPEUTIQUES

Nous inspirant du plan de Ch. Tietze nous considérons successivement :

- 1° L'âge des gestantes.
- 2° Leur parité.
- 3° L'âge de la grossesse au moment de l'interruption.
- 4° Le mode d'interruption.
- 5° Les indications et leur pourcentage.
- 6° La mortalité et la morbidité opératoire.
- 7° La statistique générale.

I. — RÉPARTITION DE 100 AVORTEMENTS THÉRAPEUTIQUES D'APRÈS L'ÂGE DES GESTANTES :

Moins de 20 ans	1	5 %
De 20 à 24 ans	4	20 %
De 25 à 29 ans	6	30 %
De 30 à 34 ans	1	5 %
De 35 à 39 ans	6	30 %
De 40 à 45 ans	2	10 %
45 ans et plus	0	0 %

C'est de 20 à 29 ans qu'on en trouve le maximum. Il est lié au fait que les $\frac{3}{4}$ de nos observations de tuberculoses pulmonaires et la moitié de nos cardiopathies se situent dans cette période de vie.

De 35 à 39 ans la fréquence est moyenne. C'est dans cette période que se trouve l'autre moitié des cardiopathies ainsi que la moitié des néphrites chroniques hypertensives.

Aux autres périodes la répartition est équilibrée.

Aux âges extrêmes on a affaire :

— Pour les moins de 20 ans : A 1 observation de vomissements graves (Obs. N° 14).

— Pour les plus de 40 ans : A 1 néphropathie gravidique hypertensive (Obs. N° 12).

II. — CLASSEMENT D'APRÈS LA PARITÉ :

Primigestes	4	20 %
II ^e gestes	3	15 %
III ^e gestes	6	30 %
IV ^e gestes	4	20 %
V ^e gestes	2	10 %
XV ^e geste	1	5 %

La répartition est équilibrée et sans signification apparente. Sauf en ce qui concerne les III^e et IV^e gestes pour lesquelles les 2/5 des indications sont des néphrites chroniques hypertensives post-gravidiques déclenchées et aggravées par les grossesses précédentes. Les 3/5 restant étant composés de tuberculoses et cardiopathies en nombre égal.

III. — DATE DES INTERRUPTIONS :

Sur 20 avortements thérapeutiques :

18 ont été pratiqués pendant le premier trimestre de la grossesse.

1 a été pratiqué à la 14^e semaine (Obs. 7).

1 a été pratiqué à la 18^e semaine (Obs. 12).

IV. — MODE D'INTERVENTION :

Sur 20 avortements thérapeutiques :

- 5 ont été pratiqués par voie abdominale.
- 15 ont été pratiqués par voie basse.

A) *Interventions par voie abdominale : 25 %.*

Il a été pratiqué 5 hystérotomies dont :

- 4 hystérotomies accompagnées de stérilisation par ligature des trompes.

Les indications étaient :

- 1 Néphrite chronique post-gravidique (Néphro-pathie récidivante).
III^e geste de 36 ans à 2 mois 1/2 de gestation (Obs. N^o 16).
- 1 Néphrite chronique hypertensive.
II^e geste de 25 ans à 1 mois de gestation (Obs. N^o 19).
- 1 Cardiopathie.
XV^e geste de 38 ans à 2 mois de gestation (Obs. N^o 6).
- 1 Néphrostomie sur rein restant chez une néphrectomisée.
III^e geste de 22 ans à 3 mois de gestation (Obs. N^o 11).
- 1 Hystérotomie sans ligature des trompes.
- 1 Tuberculose pulmonaire.
III^e geste de 30 ans à 3 mois 1/2 de gestation (Obs. N^o 7).

B) *Interventions par voie basse : 75 %.*

- 1 Hystérotomie vaginale pour vomissements graves.

1^{er} geste de 19 ans à 3 mois de gestation
(Obs. N° 14).

— 2 Dilatations du col aux bougies de Hégar avec évacuation utérine immédiate pratiquée par curetage ou par curage digital. Soit :

— 1 Curage pour tuberculose pulmonaire.

III^e geste de 28 ans à 3 mois de gestation
(Obs. N° 10).

— 1 Curage digital pour tuberculose pulmonaire.

IV^e geste de 27 ans à 2 mois de gestation
(Obs. N° 2).

— 7 Dilatations aux lamineaires avec évacuation utérine dans un deuxième temps (40 % des voies basses).

Dont 6 évacuations par curetage :

— 1 Néphrite chronique hypertensive post-gravidique (Néphropathie récidivante).

III^e geste de 37 ans à 2 mois de gestation
(Obs. N° 1).

— 1 Néphrite chronique hypertensive après Néphropathie gravidique.

V^e geste de 43 ans à 1 mois 1/2 de gestation
(Obs. N° 15).

— 1 Cardiopathie.

IV^e geste de 29 ans à 2 mois 1/2 de gestation
(Obs. N° 3).

— 1 Cardiopathie.

IV^e geste de 39 ans à 2 mois de gestation
(Obs. N° 8).

— 1 Cardiopathie.

III^e geste de 37 ans à 2 mois de gestation
(Obs. N° 17).

— 1 Néoplasme du sein opéré.

V^e geste de 38 ans à 1 mois 1/2 de gestation
(Obs. N° 18).

Et 1 Curage digital pour :

— 1 Tuberculose pulmonaire.

1^{er} geste de 22 ans à 2 mois de gestation
(Obs. N° 4).

— 3 Mises en place de bougies et évacuation utérine
dans un deuxième temps :

Dans les trois cas il s'est agi de bougies de Krause et
on a pratiqué un curage digital ; il s'est agi de :

— 1 Tuberculose pulmonaire.

II^e geste de 27 ans à 2 mois de gestation
(Obs. N° 13).

— 1 Cardiopathie.

II^e geste de 28 ans à 3 mois de gestation
(Obs. N° 20).

— 1 Néphropathie gravidique.

IV^e geste de 43 ans à 4 mois 1/2 de gestation
(Obs. N° 12).

— 1 Mise en place d'une bougie de Trillat, sans nécessité
d'un deuxième temps évacuateur ; il s'est agi
de :

— 1 Tuberculose pulmonaire.

1^{er} geste de 22 ans à 3 mois de gestation
(Obs. N° 5).

(à noter l'échec d'une première tentative à la bougie
de Krause)

— 1 Mise en place d'un gros drain utérin, sans nécessité
d'un deuxième temps évacuateur ; il s'est agi de :

— 1 Tuberculose pulmonaire.

1^{er} geste de 23 ans à 2 mois 1/2 de gestation
(Obs. N° 9).

On a donc pratiqué 75 % des interventions par voie
basse, le plus souvent par dilatation préalable aux lami-
naires suivie dans un deuxième temps différé d'une éva-
cuation du produit de conception par curetage utérin.

Une seule tentative a échouée et a dû être recommencée.

On n'a pas observé de complication ou d'incident opératoire, sinon 1 fissuration de l'isthme sans suite grave (Obs. N° 2).

En ce qui concerne nos interventions, dans tous les cas où l'avortement thérapeutique était accompagné d'une indication de stérilisation, on a pratiqué par laparotomie une hystérotomie avec ligature des trompes.

Il s'agissait de multigestes dans leur troisième mois de grossesse.

On n'a pas observé de complications opératoires, sauf un œdème douloureux du Douglas qui a rapidement régressé (Obs. N° 11).

V. — INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LE CADRE DES AFFECTIONS TRAITÉES DANS LE SERVICE DE PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE PENDANT CES 5 ANNÉES.

Nous nous conformerons à la classification adoptée par M. le Professeur Pigeaud concernant la pathologie de la grossesse.

Il est intéressant de comparer cette statistique avec celle des procédés techniques employés à la clinique obstétricale de Strasbourg (MM. Lartigaud et Blum).

De 1945 à 1950, sur 37 interruptions de grossesses ont été pratiqués :
15 (40 %) Curetages avec dilatation extemporanée aux bougies de Hégar et injection intra-veineuse de post-hypophyse à petites doses pratiquée en fin d'intervention.

13 (35 %) Interventions chirurgicales proprement dites, dont :

2 hystérotomies basses par voie vaginale antérieure ;

7 laparotomies avec hystérectomie fundique lorsque la stérilisation est indiquée ;

2 laparotomies avec hystérotomie longitudinale corporéale ;

2 laparotomies avec hystérotomie basse.

9 (24 %) Injections de formaline in utéro avec évacuation hâtée par l'injection d'ocytociques et folliculine ou bien par distension forcée de l'utérus selon la méthode de Portes.

L'auteur ne fait mention ni des bougies de Krause ou de Trillat, ni des laminaires.

(Cft. : Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Strasbourg, le 10 juin 1950.)

De 1949 à 1954 (non compris) ont été traitées 807² gestantes malades dont les affections sont classées ainsi :

A) *Maladies de la mère préexistant à l'état de gestation.*

1° Tuberculose pulmonaire : 41 observations.

- 7 Avortements thérapeutiques, soit 18,9 %
(des tuberculoses)
- 29 Accouchements avec enfants vivants .. 78 %
(à terme ou prématurés, spontanés ou provoqués)
- 1 Interruption spontanée de grossesse . 2,7 %
- Pas de mortalité fœtale dans les grossesses respectées.
- 4 Malades dont trace perdue.

2° Cardiopathies : 94 observations.

- 5 Avortements thérapeutiques 5,88 %
- 3 Césariennes (avec enfants vivants) ... 3,5 %
- 77 Accouchements avec enfants vivants . 90 %
- Pas de mortalité fœtale dans les grossesses respectées.
- 6 Stérilisations (sur 9 indications) 7 %
- 13 Accidents gravido-cardiaques 15,3 %
- 5 Œdèmes aigus du poumon 7 %
- 9 Malades dont trace perdue.

3° Néphrites et Hypertensions solitaires : 109 observations.

- 4 Avortements thérapeutiques 3,9 %
- 70 Accouchements avec enfants vivants . 69,3 %
- 1 Interruption spontanée de grossesse . 0,99 %
- 26 Enfants morts nés à terme, macérés
ou non 25,74 %
- 27 Morts fœtales dans les grossesses respectées 26,73 %
- Pas de stérilisations.
- 8 Malades dont trace perdue.

B) *Maladies non particulières à l'état de gestation :*

Pyélites et pyélonéphrites ; Phlébites et ulcères variqueux.

— Maladies infectueuses ; Affections pulmonaires non tuberculeuses.

— Affections neuro-psychiatriques ; Affections gynécologiques (fibromes).

— Maladie néoplasique ; Syndromes abdominaux aigus ; Affections de l'appareil urinaire, etc., etc.

Pour un total de 217 observations : 2 avortements thérapeutiques ont été pratiqués, pour :

1 Néoplasme du sein après opération de Halstedt.

1 Néphrostomie sur rein restant après Néphrectomie.

C) *Maladies spéciales à l'état de gestation :*

87 Vomissements gravidiques sur lesquels :

1 Avortement thérapeutique 1,15 %

9 Anémies gravidiques : Pas d'avortement thérapeutique.

68 Dysgravidies sans albumine : Pas d'avortement thérapeutique.

156 Néphropathies gravidiques sur lesquelles :

1 Avortement thérapeutique 0,64 %

Soit : 1° Néphropathies gravidiques albumineuses simples : 52 observations.

Pas d'avortement thérapeutique.

45 Accouchements avec enfants vivants,

soit 95,7 %

2 Enfants morts-nés 4,25 %

9 Malades ont conservé une albuminurie dans les deux mois qui ont suivi

l'accouchement 17,3 %

5 Malades dont trace perdue.

2° Néphropathies gravidiques avec œdèmes : 67 observations.

Pas d'avortements thérapeutiques.

61 Accouchements à terme avec enfants

vivants 91 %

1 Césarienne (enfant vivant) 1,5 %

5 Enfants morts-nés 7,46 %

15 Malades ont conservé une albuminurie
dans les 3 mois après l'accouchement 22,4 %

3° Néphropathies gravidiques avec hypertension : 37 observations.

1 Avortement thérapeutique 2,7 %

27 Accouchements avec enfants vivants
(1 gémellaire) 72,9 %

1 Césarienne (enfant vivant) 2,7 %

9 Morts fœtales dans les grossesses res-
pectées 25 %

1 Accident prééclampsique 2,7 %

18 Malades ont conservé une albuminurie
dans les trois mois 48,6 %

9 Malades ont conservé une hyperten-
sion supérieure à 16 au delà de
3 mois 24,8 %

VI. — MORTALITÉ ET MORBIDITÉ OPÉRATOIRE :

— Pas de mortalité opératoire.

— Morbidité opératoire :

a) *Voies basses* : Une fissuration de l'isthme (Obs. N° 2).

Un état de prééclampsie pendant une expulsion prolongée et dans une gestation de 18 semaines (Obs. N° 12).

N.B. — Dans le calcul des pourcentages n'entrent pas les malades dont la trace a été perdue.

Les pourcentages ont été calculés pour chaque catégorie d'indications.

b) *Voies abdominales* : Un œdème douloureux du Douglas après hystérotomie (Obs. N° 11).

La morbidité opératoire a donc été limitée au maximum. En dehors de l'état de prééclampsie cité (Obs. N° 12), en aucun cas l'intervention n'a influencé défavorablement l'évolution de la maladie (à signaler toutefois une flambée de R.A.A. chez une cardiopathe (Obs. N° 6).

VII. — MORTALITÉ ULTÉRIEURE DUE A L'AFFECTION EN CAUSE :

Nous n'avons pas pu malheureusement avoir des nouvelles de toutes nos malades.

Nous avons pu retrouver :

- 5 Tuberculeuses pulmonaires toutes stabilisées actuellement (Obs. N° 5, 7, 9, 10, 13).
- 4 Cardiopathies sur lesquelles ont été notés :
 - 1 décès 4 ans après l'intervention (Obs. N° 3).
 - 2 aggravations (Obs. N° 17 : Embolies graves) ; (Obs. N° 20 : Asystolie).
- 3 Néphrites toutes stationnaires depuis l'intervention (Obs. N° 15, 16, 19).
- 1 Néoplasme qui présente des métastases osseuses actuellement, c'est-à-dire près de 2 ans après l'intervention (Obs. N° 18).

Soit 1 décès pour 13 interventions (7,6 %).

A noter que les cardiopathies semblent être les indications les plus rapidement suivies par les phénomènes évolutifs graves. Elles représentent comme à New-York les indications majeures, et les plus impérieuses.

VIII. — STATISTIQUES GÉNÉRALES :

Du 1^{er} janvier 1949 au 1^{er} janvier 1954 ont été inscrites dans les registres de la Clinique Obstétricale (grossesses normales et grossesses pathologiques) :

12.824 gestantes.

Il a été pratiqué 20 avortements thérapeutiques.

Soit : 1,55 pour 1.000 gestantes.

Soit : 1 pour 645 gestantes.

Les gestations étant envisagées depuis leur début, ce pourcentage doit être ramené à 1,57 pour 1.000 accouchements.

— *Répartition annuelle :*

1949 : 5 Avortements thérapeutiques pour 2.613 gestantes
Soit : 1,91 pour 1.000.

1950 : 7 Avortements thérapeutiques pour 2.608 gestantes
Soit : 2,68 pour 1.000.

1951 : 2 Avortements thérapeutiques pour 2.463 gestantes
Soit : 0,81 pour 1.000.

1952 : 3 Avortements thérapeutiques pour 2.550 gestantes
Soit : 0,17 pour 1.000.

1953 : 3 Avortements thérapeutiques pour 2.590 gestantes
Soit : 1,15 pour 1.000.

Le pourcentage a donc tendance à diminuer. Il est en-dessous de sa moyenne durant les trois dernières années et ses fluctuations sont à tendance dégressive.

Pendant cette même période et parmi ces gestantes, les grossesses pathologiques ont été au nombre de 812, parmi lesquelles ont été posées les 20 indications d'avortements thérapeutiques.

Soit : 24,63 pour 1.000 malades.

Soit : 1 pour 41 malades.

— *Répartition annuelle :*

1949 : 5 Avortements thérapeutiques pour 157 malades
Soit : 31,81 pour 1.000.

1950 : 7 Avortements thérapeutiques pour 150 malades
Soit : 46,66 pour 1.000.

1951 : 2 Avortements thérapeutiques pour 169 malades
Soit : 11,83 pour 1.000.

1952 : 3 Avortements thérapeutiques pour 159 malades
Soit : 18,86 pour 1.000.

1953 : 3 Avortements thérapeutiques pour 177 malades
Soit : 16,94 pour 1.000.

Par rapport aux malades traitées le pourcentage apparaît beaucoup plus en baisse. Il est en 1953 diminué de plus de la moitié par rapport à 1951.

Toutefois, il faut tenir compte des fluctuations de l'indice de morbidité dans une même maladie :

	1949			1950			1951			1952			1953		
	A	Tr	%	A	Tr	%	A	Tr	%	A	Tr	%	A	Tr	%
Tuberculose pulmonaire	3	14	21,4	3	13	23	1	9	11	0	3	0	0	2	0
Cardiopath.	1	26	3,85	2	14	14,2	0	19	0	1	27	4,76	0	13	0
Néphrit. chr. hypertens.	1	15	6,6	0	20	0	0	29	»	2	26	7,7	1	22	4,5
Néphropath. gr. hypert.	0	8	0	1	6	16,6	0	6	»	0	10	0	0	7	0

A = Avortements thérapeutiques.

Tr = Nombre de malades traités.

Ainsi en 5 ans la tuberculose pulmonaire est très nettement en régression. Il n'en demeure pas moins que le pourcentage des avortements thérapeutiques pour tuberculose pulmonaire est passé de 21,4 en 1949 à 11 en 1951 et s'est réduit à 0 en 1952 et 1953.

Par contre, en même temps que les cardiopathies et les néphropathies restent en nombre oscillant, les néphrites chroniques hypertensives vont en nombre croissant. Malgré cela les pourcentages ont tendance à baisser.

Les autres indications d'avortement thérapeutique sont en nombre trop insuffisant pour qu'on puisse en observer les fluctuations.

En résumé, en 5 ans, les indications d'avortements thérapeutiques sont allées en nombre décroissant.

Cette diminution est liée à la régression de certaines affections telle que la tuberculose pulmonaire, et aussi

à l'amenuisement de la place tenue par l'interruption de la gestation, dans leur traitement chez la femme enceinte.

D'une façon générale, on peut dire que de 1949 à 1954 le nombre des indications d'avortement thérapeutique posées annuellement a diminué de moitié, tandis que trois fois moins de grossesses pathologiques ont été interrompues.

CONCLUSIONS

I. — L'avortement thérapeutique est une intervention exceptionnelle et dont les indications deviennent de plus en plus rares. La plupart des obstétriciens, surtout à l'étranger, considèrent cette intervention comme indispensable et c'est l'étude des indications que nous avons entreprise dans ce travail.

Nous avons éliminé de cette étude toutes les discussions religieuses, politiques ou sociales qui tendent à considérer comme illégitime l'interruption d'une grossesse. Les faits cliniques que nous rapportons nous paraissent suffisamment démonstratifs pour justifier la conduite qui a été tenue.

II. — Les 20 observations que nous rapportons, qui proviennent d'un seul service (de la Clinique Obstétricale de Lyon), ont été relevées sur une période de 5 ans, de 1949 à 1954.

Pendant cette période, le nombre des accouchements à la Clinique s'est élevé à 12.727 ce qui représente un pourcentage de 1,57 avortements thérapeutiques pour 1.000 accouchements, soit 1 pour 637 accouchées.

La comparaison de ces chiffres avec la plus grosse statistique d'avortements thérapeutiques que nous connaissons, statistique américaine, montre que nous sommes très en-dessous du pourcentage des auteurs américains, qui est de 4,33 pour 1.000, par conséquent près de trois fois supérieur (3.080 avortements thérapeutiques pour 710.000 enfants vivants).

III. — Nous noterons la diminution progressive pendant ces 5 années du nombre des avortements thérapeutiques.

Ils ont été au nombre de 12 pendant les années 1949 et 1950 et de moitié moins pendant les années 1952 et 1953.

Il semble bien que les progrès réalisés dans la thérapeutique des maladies de la gestation soient la cause de la rareté actuelle de l'avortement thérapeutique.

IV. — L'étude de nos 20 observations nous donne la répartition suivante :

Tuberculose pulmonaire	7 cas, soit 35 %
Cardiopathies	5 cas, soit 25 %
Néphrites chroniques hypertensives	4 cas, soit 20 %
Néphropathies gravidiques	1 cas, soit 5 %
Divers	3 cas, soit 15 %
Néphrectomie : 1 cas.	
Néoplasme : 1 cas.	
Vomissements graves : 1 cas.	

Les interventions pratiquées ont été :

Dans 45 % des cas (9 cas) : Dilatations et curetages ou curages.

Dans 25 % des cas (5 cas) : Mise en place de bougies avec ou sans curetages ou curages secondaires.

Dans 25 % des cas (5 cas) : Hystérotomies (petites césariennes).

Dans 5 % des cas (1 cas) : Hystérotomie vaginale.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
P. TRILLAT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Novembre 1954

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. ALLIX.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
<i>Chapitre premier.</i> — Généralités	11
<i>Chapitre II.</i> — Observations d'avortements thérapeutiques de la Clinique	17
<i>Chapitre III.</i> — Statistiques	37
Conclusions	51

— Imprimerie BOSC Frères —
42, Quai Gailleton — LYON
